

# ФОРМИРАНЕТО НА ЦЕНИТЕ НА КЛИНИЧНИТЕ ПЪТЕКИ КАТО ПРЕДПОСТАВКА ЗА СЪЗДАВАНЕ НА КОРУПЦИОННИ ПРАКТИКИ НА ЦЕНТРАЛНО НИВО В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Йордан Деливерски

Катедра Катедра "Национална сигурност",  
Университет по библиотекознание и информационни технологии

## THE PRICING OF CLINICAL PATHWAYS AS A PRECONDITION FOR THE CREATION OF CORRUPT PRACTICES AT CENTRAL LEVEL IN HEALTHCARE

Jordan Deliversky

Department of National Security,  
State University of Library Studies and Information Technologies,

### РЕЗЮМЕ

Статията разглежда начина на формиране на цените на клиничните пътеки като предпоставка за създаване на корупционни практики на централно ниво в здравеопазването. Сред пряко изложените на риск от корупция субекти в системата на здравеопазването са договарящите се страни по Националния рамков договор (НРД). Взаимоотношенията при "малката" корупция в системата на здравеопазването не влияят значително върху икономиката, но имат съществено отрицателно психологично въздействие, отразявайки се негативно на взаимоотношенията лекар-пациент. „Голямата“ корупция най-често се свързва с наличието на корупционни практики най-вече на централно ниво в системата на здравеопазването. При „голямата“ корупция групи от хора участват в договаряне на различни по обем, вид и стойност медицински дейности, чрез което могат да се нанесат съществени негативни последици върху икономиката. От съществено значение за постигането на ефективен резултат в борбата с корупцията на централно ниво в здравеопазването е координиране на действията на всички компетентни органи и институции в държавата, наличието на политическа воля, както и ясни правила и стандарти, свързани с управлението на финансовия ресурс в системата на здравеопазването.

**Ключови думи:** здравеопазване, корупция, клинични пътеки, договарящи се страни

### ABSTRACT

This article discusses the way of pricing clinical pathways as a precondition for the creation of corruption practices at central level in healthcare.

Among the directly exposed corruption entities in the healthcare system are Contracting Parties to the National Framework Agreement (NFA).

Relationships of „petty“ corruption in the healthcare system do not affect substantially the economy, but have significant negative psychological impact, negatively affecting the relationship between doctor and patient.

The kind of „big“ corruption is most often associated with the presence of corruption practices mostly at central level in the healthcare system. In „big“ corruption groups of people involved in the negotiation of various types, values and volume of medical services through which significant negative effects on the economy could be caused.

As of significant importance for achieving effective results in fight against corruption at central level in the healthcare system is the coordinated action of all competent authorities and institutions in the country, the political will and clear rules and standards related to the management of financial resources in the healthcare system.

**Key words:** healthcare, corruption, clinical pathways, contracting parties

Предлагането и ползването на различни услуги в сферата на здравеопазването създава предпоставки за възникване на корупционни практики на различни нива. От гледна точка изследване на корупцията интерес представляват всички нива в системата на здравеопазването, но когато корупцията се проявява на централно ниво, негативният обществен резултат е особено осезателен.

На първо място сред пряко изложените на риск от корупция субекти в системата на здравеопазването се поставят изпълнителите на медицински услуги, следвани от потребителите, договарящите се страни по Националния рамков договор (НРД), представителите на медицинския и фармацевтичен бизнес.

Корупцията може да бъде „малка“ и „голяма“, в зависимост от мащаба и мястото, което заемат в социалната и икономическа йерархия корумпираните субекти (1).

Изпълнителите (лекари) и потребителите (пациенти) на медицински услуги създават чрез своите „договорни“ взаимоотношения т.нар. „малка“ корупция. Сигналите от страна на пациентите до правоохранителните органи постъпват предимно, след като подкупът вече е даден, а услугата е предоставена. Това прави доказването на деянието доста трудно, тъй като често липсват документи, уличаващи този, който е поискал подкупа.

Сериозни затруднения при доказване на „малката“ корупция в системата на здравеопазване произлизат от негативната нагласа на хората да сътрудничат. Известен факт е, че прегледите при общопрактикуващи лекари и специалисти се заплащат по определен ценоразпис, поради което често пациентите не претендират да им бъде издаден финансов документ. Възраженията на пациентите обикновено са свързани с по-големия размер на поисканата от тях сума, а не с неиздаването от страна на лекаря на документ, удостоверяващ плащането.

На практика взаимоотношенията при „малката“ корупция в системата на здравеопазването не влияят значително върху икономиката, но имат съществено отрицателно психологично въздействие, отразявайки се негативно на взаимоотношенията лекар-пациент.

Не са така поставени нещата при „голямата“ корупция. Тя е свързана с въвлечени висши държавни служители и политици, които вземат решения за разпределение на значителни ресурси в системата на здравеопазването.

При „голямата“ корупция групи от хора участват в договаряне на различни по обем, вид и стойност медицински дейности, чрез което могат да се нанесат съществени негативни последици върху икономиката поради обстоятелството, че в резултат на такива действия се отклоняват значителни по обем парични потоци. „Голямата“ корупция най-често се свързва с наличието на корупционни практики най-вече на централно ниво в системата на здравеопазването. Възможност за реализиране на корупционни практики се наблюдава предимно при реализиране на болничната медицинска помощ, където обхватът на дейности е по-широк в сравнение с доболничната (2). При предоставяне на болничната медицинска помощ е характерно наличието на непропорционалност при формиране цените на клиничните пътеки в болниците и тяхната реална стойност в доболничната дейност, като по този начин многократно се оскъпяват медицински дейности. Съгласно методиката за определяне на цените по клинични пътеки, разработена съвместно от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и Български лекарски съюз (БЛС), се изчислява пълната стойност на лечението на всеки стационарен случай.

Методиката включва пет основни стъпки:

**Стъпка 1: Отнасяне на фактическите разходи на болницата към отделните звена / отделения.**

**Стъпка 2: Преразпределение на разходите на немедицинските звена (които не обслужват пряко пациента) към медицинските звена (обслужващи пряко пациента).**

**Стъпка 3: Остойносттаване на продуктите / дейностите на всяко едно от медицинските звена.**

**Стъпка 4: Калкулация на разходите на ниво пациент.**

**Стъпка 5: Определяне на разход за случай по клинични пътеки.**

При първата стъпка общите фактически разходи на лечебните заведения за болнична помощ се отнасят към отделните звена / отделения, за които са извършени. По този начин се определят преките разходи на звената / отделенията.

При втората стъпка се преразпределят разходите на немедицинските звена към медицинските звена. Немедицински звена са тези звена на болницата, които не оказват преки услуги на пациентите, но предоставят услуги на други звена в болницата. Немедицинските звена не оказват услуги, свързани с лечението и диагностика на пациента. Към тези звена се отнасят адми-

нистрация, счетоводство, складово стопанство, строително-ремонтно звено, пералня, стерилизационна и други обслужващи звена. Тъй като немедицинските звена не обслужват пряко пациента, извършените от тях разходи представляват непреки разходи за пациента. За изчисляване на пълната стойност на лечението на стационарен случай (преминал болен) тези разходи се отнасят индиректно към пациента, като определените при стъпка 1 преки разходи за всяко едно от немедицинските звена се преразпределят към медицинските звена. За всяко немедицинско звено крайната сума на разходите след стъпка 2 е равна на 0.

Медицински звена са тези, които предоставят дейности, предназначени пряко за пациентите. Те оказват лечебна и диагностична помощ. Медицински звена са всички стационарни отделения, операционна зала и други звена, свързани с диагностиката и лечението на пациента (физиотерапия, лабораторни, радиологични и др.). За всяко едно от медицинските звена крайната сума на разходите след стъпка 2 е равна на сбора от техните преки разходи (определени при стъпка 1) и преразпределената им част от определените при стъпка 1 преки разходи на немедицинските звена.

При третата стъпка се определят разходите за единица продукт / дейност на всяко едно от медицинските звена. За всяко стационарно отделение се изчислява среден разход на леглоден, като крайните разходи на отделението, получени при стъпка 2, се разделят на общия брой леглодни за отделението. За останалите медицински звена (операционна зала и други звена за диагностика и лечение), които предоставят множество различни по вид изследвания и процедури, се изчислява среден разход за вид/група изследвания/процедури чрез използване на относителни коефициенти.

Четвъртата стъпка за достигане до разход на стационарен случай (преминал болен) е тази, която представлява акумулирането на всички разходи за ползваните от пациента услуги и дейности по време на неговия престой в болницата. Стойността на всеки пациент представлява сума от разходите за предоставените му видове медикаменти, храна, манипулации, изследвания, процедури, грижи.

Разходите за сестрински грижи, храна, пране, поддръжка, ремонт и др. хотелски разходи, както и непреки разходи за консумативи (изписани за отделението, а не за конкретен пациент), се отнасят към пациента, като броят на пролежани-

те от него леглодни по отделения се умножи по средния разход на 1 леглоден за всяко отделение, в което е лежал пациентът по време на своя престой в болницата.

Финалната пета стъпка е свързана с определяне на разхода за случай по клинични пътеки. Стационарните случаи се групират в клинични пътеки съобразно основната диагноза и извършените процедури. Изчислява се средно претеглен разход за случай по клинични пътеки като сума от индивидуалните разходи на пациентите, групирани в съответната клинична пътека, разделена на общия брой пациенти за тази клинична пътека (3).

Остойностяването на клиничните пътеки се определя на национално ниво въз основа на отчетни данни за разходите на общински, областни и университетски болници, като се изчислява средният разход за клинична пътека за всяко ниво (4).

При регрупиране обхвата на клинични пътеки за формиране на цените се използват средни разходи, ориентирани към среден разход за водеща диагноза или среден разход за водеща процедура от реално отчетените случаи по клинични пътеки. Към формираните по този начин цени е добавен очакваният процент на инфлация.

При формираните по този начин цени на клинични пътеки в определени лечебни заведения за болнична помощ е възможно регистрираните разходи да надвишават определените цени за дадени клинични пътеки. Тази диспропорция се компенсира на ниво пакети / специалности и достигнатите по този начин цени на клинична пътека обезпечават покриване на разходите на лечебното заведение по структурни звена. Един от основните принципи при промени в обхвата на клиничните пътеки е групиране на диагнози и процедури, изискващи сходни ресурси.

В лечебните заведения за болнична помощ обаче не са въведени единни правила, в това число и стандарти, за управление на финансовите средства. Липсата на единни правила в лечебните заведения за отразяване и отчитане на информацията за равнището на приходите и разходите затруднява информационното осигуряване на процеса по остойностяване на дейностите в болничната помощ. Това представлява сериозна предпоставка за наличие на корупционни практики на централно ниво в системата на здравеопазване.

Борбата с корупцията в здравеопазването е приоритет на българското правителство, като акцентът е поставен върху постигане на прозрачно

и ефективно управление на здравната система. Антикорупционните мерки в сектор "Здравеопазване" са насочени към превенция и противодействие на корупционните практики в централното ниво в системата на здравеопазването, където е съсредоточен съществен обществен и финансов ресурс. Усилията на компетентните органи са насочени в различни направления, сред които: оценка на корупционния риск, диференциране на източниците за финансиране на системата, функциониращ механизъм за проследяване движението на паричните потоци, поддържане и разширяване на системата за финансов контрол на здравноосигурителните плащания, оптимизиране на системата на разплащане, подобряване на независимостта на финансиращите структури и подобряване на връзката между разкриване на нарушенията и налагане на адекватни санкции.

Създаването на по-широк кръг здравни услуги, включително и стимулиране на доброволното здравно осигуряване при ясно определени условия и строг контрол за спазването им, са заложени в основните актове, свързани с ефективността на управлението в здравеопазването и намаляването на риска от корупция (5).

Компетентните органи на национално ниво, ангажирани с реализирането на антикорупционната политика, включват институции с различни по обхват правомощия и компетентности. Сред тях са: Министерски съвет, Министерство на правосъдието, Министерство на вътрешните работи, Министерство на здравеопазването, Центърът за превенция и противодействие на корупцията и организираната престъпност, Сметна палата и др. От съществено значение за постигането на ефективен резултат в борбата с корупцията на централно ниво в здравеопазването са наличието на политическа воля, координиране на действията на всички компетентни органи и институции в държавата и въвеждането на единни и ясни правила, свързани със съществуващата нормативна уредба и въвеждане на стандарти и добри практики за управление на финансовите средства в системата на здравеопазването.

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Давидов, Б. "Модел за финансиране на системата за медицински услуги: философия и технология - сравнителен анализ", 3, 2003, № 3, 44-49; № 4, 22- 26;
2. Европейска комисия, Доклад на комисията до съвета и европейския парламент

доклад на ЕС за борбата с корупцията, Брюксел, 2014 г.

3. Методика за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ, Обн. ДВ. бр.37 от 29 Април 2014 г.
4. Закон за здравното осигуряване, Обн. ДВ. бр.70 от 19 Юни 1998 г, изм. и доп. ДВ. бр.98 от 15 Декември 2015г
5. World Health Organisation, "Funding health care: options for Europe" European Observatory on Health Care Systems", 2002

### Адрес за кореспонденция:

Д-р Йордан Деливерски  
Университет по библиотекознание и  
информационни технологии  
Катедра Катедра "Национална сигурност"  
гр. София, п.к. 1784  
бул. "Цариградско шосе" № 119  
e-mail: deliversky@yahoo.com